

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores (Individual/Familiar)



La Aseguradora se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional.

Póliza Nueva Dependientes Adicionales Cambio de Plan
 ESTA SOLICITUD NO ES VALIDA SI TIENE TACHADURAS, ENMENDADURAS, CORRECTOR O ESPACIOS EN BLANCO

1 CONTRATANTE

Persona Física

Persona Moral

Nombre o Razón Social:			Apellido paterno:		
Apellido materno:			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, RFC, CURP					
RFC:		CURP:		Nacionalidad:	
País de Nacimiento:			País de residencia:		
Ocupación o Profesión:					
Giro del Negocio:			Firma Electrónica :		
1.4 Teléfonos, Fax y correo electrónico (e-mail)					
Residencial	Código de área	Número	Trabajo	Código de área	Número
Fax	Código de área	Número	E-mail		
Celular	Código de área	Número			

2 INFORMACIÓN GENERAL DEL TITULAR ASEGURADO (Llenar solamente si es diferente al Contratante)

Nombre:			Apellido paterno:		
Apellido materno:			Fecha de Nacimiento:		
(2.1) Domicilio					
Calle y número:			Colonia:		
Ciudad:			Delegación o Municipio:		
Estado:			Código postal:		Años en este domicilio:
(2.2) Nacionalidad, RFC, CURP (Asegurado Principal)					
RFC:		CURP:		Nacionalidad:	
País de Nacimiento:			País de residencia:		
Ocupación o Profesión:					
Giro del Negocio:			Folio/FIEL:		
(2.3) Teléfonos, fax y correo electrónico (e-mail)					
Residencial	Código de país	Número	Trabajo	Código de país	Número
Fax	Código de país	Número	E-mail		
Celular	Código de país	Número			

3 PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

Bupa One Bupa One Plus Coaseguro 0% Coaseguro 10%
 1,000/10,000 • 2,000/10,000 • 3,500/10,000 • 5,000/10,000 • 10,000/10,000
 Bupa Diamond Care Bupa Complete Care Bupa Advantage Care Bupa Secure Care Bupa Essential Care Bupa Total
 Plan 2 1,000/2,000 • Plan 3 2,000/3,000 • Plan 4 5,000/5,000 • Plan 5 10,000/10,000 • Plan 6 20,000/20,000

Coberturas adicionales*: Complicaciones de maternidad Procedimientos de trasplante Padecimientos congénitos

*No aplica Bupa One y Bupa One Plus

4 INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre de los solicitantes (Asegurado Principal/dependientes)	Lugar de Nacimiento	Relación con el Asegurado	Estado civil*	Fecha de nacimiento día/mes/año	Estudiante	Sexo	Peso en Kilogramos	Estatura en metros
Nombre: _____ Edad _____ Apellido: _____				____/____/____ dd / mm / aaaa	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	____ kg	____ m
Nombre: _____ Edad _____ Apellido: _____				____/____/____ dd / mm / aaaa	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	____ kg	____ m
Nombre: _____ Edad _____ Apellido: _____				____/____/____ dd / mm / aaaa	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	____ kg	____ m
Nombre: _____ Edad _____ Apellido: _____				____/____/____ dd / mm / aaaa	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	____ kg	____ m
Nombre: _____ Edad _____ Apellido: _____				____/____/____ dd / mm / aaaa	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	____ kg	____ m
Nombre: _____ Edad _____ Apellido: _____				____/____/____ dd / mm / aaaa	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	____ kg	____ m

*S—soltero(a) C—casado(a) D—divorciado(a) V—viudo(a) **Nota:** Toda persona de **65 años o más** deberá presentar una Declaración Médica. Todos los beneficiarios declaran el mismo domicilio del contratante: Sí No Si la respuesta es no declarar domicilio: _____

5 INFORMACIÓN DE SEGURO ANTERIOR

(5.1) ¿El seguro solicitado reemplazará algún seguro existente?Sí No

Si respondió "Sí", por favor adjunte copia del certificado de cobertura y el recibo del último pago.

Nombre de la compañía: _____

Producto _____

Valor del deducible _____ No. Póliza _____

(5.2) ¿ha sido rechazado, aceptado con restricciones o extraprimado, alguno de los solicitantes en alguna otra Institución de Seguros?Sí No

Si respondió "Sí", favor explicar: _____

6 INFORMACIÓN MÉDICA

(6.1) Médico(s) de la familia

Solicitante	Nombre del médico	Especialidad	Teléfono

(6.2) Exámenes médicos

¿Ha tenido alguno de los solicitantes un examen de rutina, pediátrico o ginecológico en los últimos cinco años?.....Sí No

Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante	Tipo de examen	Fecha	Resultado: Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	Si es anormal, favor explicar.
Solicitante	Tipo de examen	Fecha	Resultado: Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	Si es anormal, favor explicar.
Solicitante	Tipo de examen	Fecha	Resultado: Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	Si es anormal, favor explicar.

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar.

6 INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

(6.3) Condiciones Médicas o estado de salud

Alguno de los solicitantes:		Sí	No
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	¿Actualmente está bajo tratamiento médico y /o de rehabilitación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿Se le han practicado exámenes de laboratorio, gabinete, electrocardiogramas, biopsias u otros estudios para comprobar su estado de salud o diagnóstico médico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿Padece alguna enfermedad del corazón, del aparato circulatorio, hipertensión arterial, colesterol alto o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	¿Padece alguna enfermedad respiratoria o pulmonar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	¿Padece alguna enfermedad del estómago, esófago, intestinos, páncreas o del hígado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	¿Padece alguna enfermedad de los riñones o tracto urinario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	¿Padecimientos de la columna vertebral, hernias de cualquier tipo, artritis, gota u otro padecimiento de músculos o huesos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	¿Padece o ha padecido cáncer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	¿Le han sido hallados tumores benignos o malignos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de la sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	¿Padece diabetes, padecimientos de la tiroides, glandulares, endócrinos o metabólicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	¿Padece o ha padecido enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales, u otros desórdenes del sistema reproductivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	¿Tiene alguna anomalía de la visión, del oído o audición, nasales o de la garganta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	¿Tiene algún padecimiento congénito o hereditario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	¿Padece o ha padecido enfermedades vasculares cerebrales (embolia, trombosis, entre otros)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	¿Padece o ha padecido convulsiones, migrañas, parálisis u otros desórdenes neurológicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	¿Presenta algún faltante de algún órgano y/o miembro o parte de él?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	¿Practica algún deporte o afición de riesgo? Indique cual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	¿Viaja de manera frecuente en aeronaves privadas o en motocicletas? Indique frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad, o sufrido algún accidente o cirugía u hospitalización no señalada en los puntos anteriores o tiene alguna cirugía o tratamiento pendiente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preguntas exclusivas para hombres:

22	¿Padece o ha padecido enfermedades de la próstata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
----	--	-----------------------	-----------------------

Preguntas exclusivas para mujeres:

23	¿Padece o ha padecido enfermedades de los ovarios, de la matriz o de las glándulas mamarias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	¿Está embarazada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	¿Tiene más de 3 hijos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	¿Le han practicado legrados o cesáreas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	¿Ha sufrido algún aborto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	¿Se ha sometido a algún tratamiento por infertilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

(6.4) Condiciones médicas que requieren explicaciones complementarias:

Pregunta	Solicitante:	Enfermedad o diagnóstico:	Desde:	Hasta:
Tratamiento quirúrgico, médico o rehabilitación y sus resultados:			Estado de salud actual:	
Pregunta	Solicitante:	Enfermedad o diagnóstico:	Desde:	Hasta:
Tratamiento quirúrgico, médico o rehabilitación y sus resultados:			Estado de salud actual:	

6 INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

Pregunta	Solicitante:	Enfermedad o diagnóstico:	Desde:	Hasta:
Tratamiento quirúrgico, médico o rehabilitación y sus resultados:			Estado de salud actual:	
Pregunta	Solicitante:	Enfermedad o diagnóstico:	Desde:	Hasta:
Tratamiento quirúrgico, médico o rehabilitación y sus resultados:			Estado de salud actual:	

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar:

(6.5) Medicamentos

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

Solicitante:	Nombre del medicamento:	Causa:	Cantidad:	Frecuencia:	Desde:	Hasta:

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar:

(6.6) Hábito(s)

¿Alguno de los solicitantes ha fumado cigarrillos, consumido alcohol, drogas, estimulantes o algún producto con nicotina? Sí No

Solicitante:	Tipo:	Cantidad por día:	Desde / Hasta	Solicitante:	Tipo:	Cantidad por día:	Desde / Hasta

(6.7) Historial familiar

¿Alguno de los solicitantes tiene historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer, o algún padecimiento cardiovascular congénito o hereditario?..... Sí No
Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante	Familiar con el desorden (favor marcar)				Padecimiento
	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

6 INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

Solicitante	Familiar con el desorden (favor marcar)				Padecimiento
	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

7 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, México Distrito Federal, 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. Para 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. Análisis de uso de nuestros productos y servicios.
4. Para 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 esta 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 Y FIRMA DEL TITULAR

8 RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

De común acuerdo entre el Asegurado y 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 Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (de ahora en adelante "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.

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.

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

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.

Nos hemos enterado detenidamente de las cláusulas principales que contendrá la póliza que en su 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.

9 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 _____ Esta designación es válida hasta el monto máximo de 1 000 días de salario mínimo general vigente en el D.F. y en caso de muerte del beneficiario del seguro quedará sin efectos.

10 FIRMA: Las firmas abajo constituyen la aceptación de los reconocimientos y autorizaciones descritos en la sección No 7 y 8

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

En caso de que su respuesta sea negativa, favor de señalar a continuación el nombre, fecha de nacimiento, domicilio, ocupación o profesión, nacionalidad, teléfono y correo electrónico de la persona para la cual se pretende contratar la póliza de seguro: _____




11 INFORMACIÓN DEL PAGO (el pago debe ser presentado con la Solicitud) (continuación)

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 y/o Master Card, American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas 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 de 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.

Datos de la Tarjeta

Tarjeta:	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	Banco Emisor:	
Número de Tarjeta:		Código de seguridad:	Fecha de expiración:
			mm / aa

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 sin que se requiera otra autorización de mi parte. Para evitar la cancelación de la póliza en referencia, todos los cargos podrán ser realizados hasta con dos días hábiles de anticipación a la fecha de inicio de cada parcialidad.

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

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 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, solicitamos por ambos lados fotocopia de la identificación del titular de la tarjeta de crédito.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de seguros y Fianzas, de conformidad con los dispuestos por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro, bajo el registro número CGEN-S0065-0015-2014 con fecha 12/02/2014.

12 ANEXO 1: FORMATO ENTREVISTA PERSONAL

Fecha de visita anterior:	Fecha de visita actual:
dd / mm / aaaa	dd / mm / aaaa

Nombre del Asegurado

Nombre(s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

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 (R.F.C.)
- 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 cotejados contra sus originales.

La presente visita fue realizada por el Agente:

Nombre y firma del Agente:

X _____

B ENTREGA DE CONDICIONES GENERALES POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

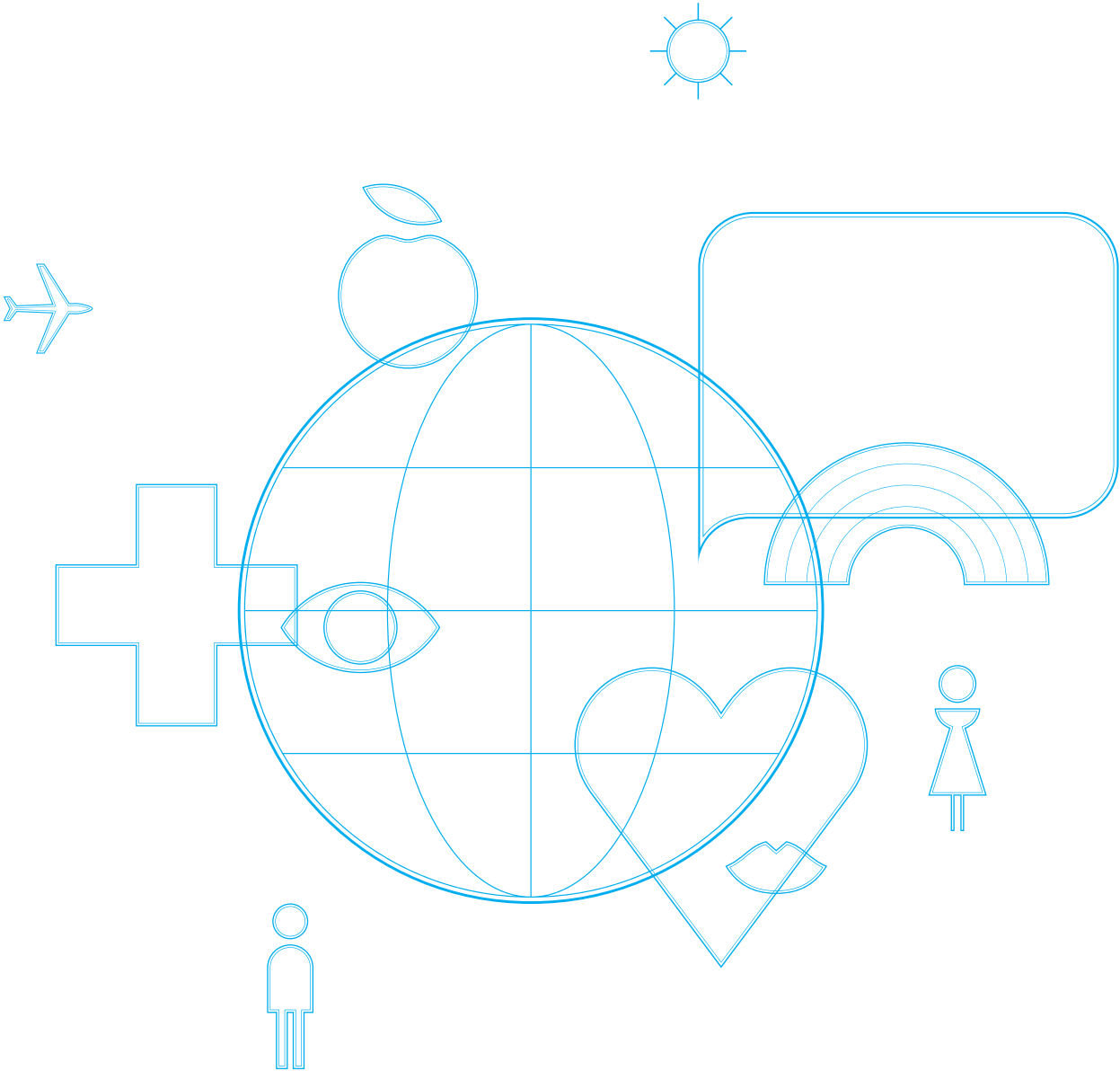
Favor de elegir una de las siguientes opciones:

ÚNETE A BUPA PAPERLESS

El Contratante o el Asegurado acepta que las condiciones generales del producto le puedan ser entregados a través de dispositivos de almacenamiento electrónicos u opticos, adicionalmente están disponibles en el sitio de internet www.bupa.com.mx.

- El Contratante o el Asegurado solicita que las condiciones generales del producto le sean entregados de forma impresa.

Montes Urales 745 1er Piso,
Col. Lomas de Chapultepec
Tel.: (55) 5202 17 01
Fax: (55) 5202 2097
serviciocliente@bupalatinamerica.com
usamed@usamedicalservices.com
www.bupa.com.mx



El mundo de Bupa