

# SOLICITUD DE SEGURO BÁSICO ESTÁNDAR DENTAL INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR



Solicitamos de Bupa México la celebración de un contrato de salud dental de las personas cuyos datos y condiciones se proporcionan a continuación.

## 1. Datos del Contratante

|  |           |        |                  |               |
|--|-----------|--------|------------------|---------------|
| Dirección fiscal (recibo)  |           |        |                  |               |
|  |           |        |                  |               |
| Nombre Completo o Razón Social   |           |        | Giro o Actividad | RFC / CURP    |
|  |           |        |                  |               |
| Domicilio, Calle y Número  |           |        | Colonia          | Código Postal |
|  |           |        |                  |               |
| Población, Ciudad  | Municipio | Estado | Teléfono         | Fax           |
|  |           |        |                  |               |
| Domicilio (correspondencia) (llenar solamente en caso de que el domicilio de recepción de documentación sea distinto al contratante) |           |        |                  |               |
| Nombre Completo o Razón Social   |           |        | Giro o Actividad | RFC / CURP    |
|  |           |        |                  |               |
| Domicilio, Calle y Número  |           |        | Colonia          | Código Postal |
|  |           |        |                  |               |
| Población, Ciudad  | Municipio | Estado | Teléfono         | Fax           |
|  |           |        |                  |               |
| Correo electrónico   |           |        |                  |               |

## 2. Vigencia de la póliza y forma de pago de las primas

|       |     |     |     |       |     |     |     |                             |
|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-----------------------------|
| Desde | Día | Mes | Año | Hasta | Día | Mes | Año | Forma de pago de las primas |
|       |     |     |     |       |     |     |     | Anual                       |

## 3. Titular y dependientes - Número de dependientes económicos (sólo pólizas familiares)

|               | Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) | Parentesco | Fecha de nacimiento | Sexo  | Ocupación | Lugar de Residencia |               |
|---------------|------------------|------------------|-----------|------------|---------------------|-------|-----------|---------------------|---------------|
|               |                  |                  |           |            |                     | F / M |           | Estado              | Código Postal |
| Titular 1     |                  |                  |           |            | Día Mes Año         |       |           |                     |               |
| Dependiente 2 |                  |                  |           |            | Día Mes Año         |       |           |                     |               |
| Dependiente 3 |                  |                  |           |            | Día Mes Año         |       |           |                     |               |
| Dependiente 4 |                  |                  |           |            | Día Mes Año         |       |           |                     |               |
| Dependiente 5 |                  |                  |           |            | Día Mes Año         |       |           |                     |               |

#### 4. Deducible: una vez por año poliza, más el copago por cada tratamiento realizado

| Módulo        | Paciente Adulto   | Número de Servicios al año póliza          | Suma Asegurada Máxima por servicio (Mayores de 13 años) | Suma Asegurada Máxima por servicio (Menores de 14 años) |
|---------------|---|--|---|---|
| Preventivo    | Consulta oral detallada y extensiva<br>Diagnóstico<br>Plan de Tratamiento   | 1  | No se cubre por reembolso                               | No se cubre por reembolso                               |
|               | Profilaxis<br>Instrucción Nutricional para control de las enfermedades dentales   | 1  | \$176   | \$120   |
|               | Aplicación tópica de flúor (únicamente para menores de 14 años)   | 1  | No aplica   | \$112   |
|               | Radiografías  | 4  | \$32 c/u  | \$32 c/u  |
| Correctivo    | Amalgama simple (una superficie de diente posterior) o compuesta (más de una superficie de diente posterior aun cuando no exista comunicación entre sí) | 4 en la combinación de amalgamas y resinas | \$240 c/u   | \$240 c/u   |
|               | Resina (una superficie de diente interior) o compuesta (más de una superficie de diente anterior aun cuando no exista comunicación entre sí)            |  | \$252 c/u   | \$252 c/u   |
|               | Extracción simple   | 2  | \$320 c/u   | \$200 c/u   |
|               | Incisión y drenaje de absceso intraoral involucra incisión a través de la mucosa (únicamente para mayores de 13 años)                                   | 1  | \$400 c/u   | No aplica   |
| <b>Notas:</b> | Menores de 14 años (De 0 años a 1 día antes de cumplir 14 años)<br>Mayores de 13 años (De 14 años cumplidos o mayores)                                  |  |   |   |

#### 5. De interés para el solicitante (leer antes de firmar)

Se previene al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo al que se refiere esta solicitud tal y como los conozca o deba conocerlos en el momento de firmarla, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos a que se refiere este párrafo, podría originar la pérdida del derecho del asegurado, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Enterado de lo anterior y para efectos de esta solicitud de seguro, autorizo a las instituciones médicas y médicos que me hayan atendido, para que participen a Bupa México en cualquier momento todos mis antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad por la revelación de dicha información.

#### 6. 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.**

##### I. Identidad y domicilio.

**Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.** ("Bupa México"), con domicilio ubicado en Avenida Ejército Nacional No. 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de 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.

##### II. 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.

### III. Datos Personales objeto de tratamiento.

#### 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

### IV. 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*.

### V. Finalidades para el tratamiento de los Datos Personales Primarias.

1. Brindar asesoría sobre los productos y servicios que ofrece el Responsable.
2. Evaluar, mediante procesos automatizados 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. Crear y administrar su perfil de servicios en línea y de aplicación móvil.
4. Procesar el pago de los productos contratados con el Responsable, a través del portal de servicios en línea.
5. Dar cumplimiento al contrato de seguro, conforme a la regulación aplicable.
6. Dictaminar y tramitar, tanto los siniestros como las solicitudes de reembolso.
7. Gestionar los beneficios y coberturas contenidos en su contrato de seguro con proveedores médicos nacionales y extranjeros.
8. Brindarle beneficios en servicios de telemedicina, medición de constantes, servicios ambulatorios, médico en casa y los relacionados con los productos contratados con el Responsable.
9. Colocación de riesgos en reaseguro y/o coaseguro así como gestión de cobro con las reaseguradoras y/o coaseguradoras.
10. Administración, mantenimiento, modificaciones y renovación de la póliza de seguro contratada.
11. Informar respecto a cambios en las condiciones generales de los productos o servicios ofrecidos por el Responsable.
12. Atención de quejas, consultas y requerimientos de información.
13. 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.
14. Compartir y recabar información con terceros proveedores de servicios de salud para dar cumplimiento a las obligaciones legales adquiridas.
15. 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.
16. 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.

### VI. 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 generadores de expediente electrónico.
- Proveedores de servicios asistenciales.
- Proveedores de servicios ambulatorios.
- Instituciones de Seguros, 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.

### VII. Procedimiento para el ejercicio de los Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición "Derechos ARCO" o Revocación del consentimiento.

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](mailto: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 o de Revocación.
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 acompañar la documentación oficial correspondiente.

### VIII. 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](http://www.bupasalud.com.mx)

**7. Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Bupa México ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde con los términos de la solicitud.**

|                                       |  |    |  |                   |  |       |  |
|---------------------------------------|--|----|--|-------------------|--|-------|--|
| Fecha de firma:                       |  | de |  | del 20            |  | Lugar |  |
| Nombre del agente                     |  |    |  | Clave             |  | Firma |  |
| Firma del Contratante<br>(en su caso) |  |    |  | Firma del titular |  |       |  |

**“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Seguro básico estandarizado de salud dental familiar quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 17 de septiembre de 2024, con el número CNSF-H0719-0022-2024/CONDUSEF-006582-01.”**

### **Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)**

Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada,  
Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520 • Ciudad de México  
Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • [une@bupa.com.mx](mailto:une@bupa.com.mx) • [www.bupalud.com.mx](http://www.bupalud.com.mx)

O bien el asegurado titular y/o contratante podrá acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la

### **Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros**

[www.gob.mx/condusef](http://www.gob.mx/condusef) • Tel. 55 5340 0999 • 800 999 80 80

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

Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada,  
Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520 • Ciudad de México  
Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • [atencioncliente@bupa.com.mx](mailto:atencioncliente@bupa.com.mx) • [www.bupalud.com.mx](http://www.bupalud.com.mx)