

# SOLICITUD DE SEGURO BÁSICO ESTANDARIZADO DE SALUD INDIVIDUAL



Solicitud No.	Fecha de la solicitud	Día	Mes	Año
---------------	-----------------------	-----	-----	-----

## 1. Datos del Contratante

Nombre o Razón Social			
RFC	CURP (si cuenta con ella)	Relación con el solicitante	Forma de pago
			Anual
Domicilio			
No. Exterior e Interior	Código Postal	Colonia	
Delegación		Ciudad	Estado
Teléfono domicilio	E-mail		
Si desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en domicilio diferente al del Contratante, favor de indicar:			
Domicilio de correspondencia		Entre qué calles	
Código Postal		Colonia	
Ciudad		Estado	
Teléfono oficina	Horario de entrega		

## 2. Datos de las personas a asegurar

Parentesco	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	Estado Civil	Género F / M	Ciudad donde Reside	Peso (Kg.)	Estatura (Mts.)
Titular				Día Mes Año					
Cónyuge				Día Mes Año					
Hijo 1				Día Mes Año					
Hijo 2				Día Mes Año					
Hijo 3				Día Mes Año					
Hijo 4				Día Mes Año					

Considerando únicamente los últimos 5 años, responda para cada una de las personas a asegurar marcando con X en caso de que su respuesta sea afirmativa, especificando el nombre de la enfermedad, lesiones, estudios, tratamientos anteriores y actuales, la fecha en la que la sufrió y la duración que ha tenido. En caso de que requiera más espacio, utilice el respaldo de este formato indicando el número de pregunta y el Parentesco de la tabla anterior.

Hábitos personales	Especificar	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
1. ¿Consume bebidas alcohólicas? (No. de copas y frecuencia)							
2. ¿Fuma o ha fumado? (No. de cigarros al día)							
3. ¿Visita al odontólogo por lo menos una vez al año?							
4. ¿Practica algún deporte? (Deporte y frecuencia)							

Estado de salud	Especificar	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
5. ¿Padece o ha padecido de problemas neurológicos como epilepsia o migraña entre otros?							
6. ¿Padece diabetes?							
7. ¿Padece o ha padecido de enfermedades cardíacas o presión arterial alta?							
8. ¿Padece o ha padecido de problemas ginecológicos como fibrosis o miomas entre otros?							
9. ¿Padece o ha padecido de enfermedades del hígado como hepatitis B/C o cirrosis entre otras?							
10. ¿Padece o ha padecido de la columna vertebral como escoliosis o hernias discales entre otras?							
11. ¿Padece o ha padecido del riñón y/o del sistema urinario como cálculos entre otros?							
12. ¿Padece o ha padecido de enfermedades pulmonares como asma, bronquitis, o neumonía entre otras?							
13. ¿Padece o ha padecido de problemas gástricos como colitis, gastritis o úlcera gástrica entre otros?							
14. ¿Padece o ha padecido deformaciones en las articulaciones o artritis?							
15. ¿Tiene algún tipo de discapacidad?							
16. ¿Padece o ha padecido niveles altos de colesterol, triglicéridos o lípidos?							
17. ¿Tiene o ha tenido algún tumor maligno o cáncer?							
18. ¿Padece alguna enfermedad o padecimiento diferente a los mencionados anteriormente (hospitalizaciones u otros padecimientos previos o cirugías pendientes)?							
19. ¿Usa o necesita lentes de graduación?							

### Exclusivo para mujeres

Parentesco	¿Está actualmente embarazada?	Meses de gestación	¿Ha tenido alguna complicación?

### 4. Otros Seguros

Parentesco	Tipo de seguro	Compañía	¿Presentó reclamaciones?	Fin de vigencia
				Día Mes Año
				Día Mes Año
				Día Mes Año
				Día Mes Año
				Día Mes Año
				Día Mes Año

**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).

## 6. Declaración del Asegurado

**De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera conocer a la fecha de firmar, informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos de los Beneficiarios.**

**Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que en caso de ser necesario proporcionen a la compañía aseguradora toda la información relacionada con mi estado de salud.**

**Asimismo, autorizamos a las Compañías de Seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas para que proporcionen a \_\_\_\_\_, la información de su conocimiento y que a su vez \_\_\_\_\_, 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 puedan evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro. Esta información puede ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno.**

**He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud.**

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular  
(En caso de que sea distinto al contratante)

**Este documento solo 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.**

**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 quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de agosto de 2024 con el número CNSF-H0719-0019-2024/CONDUSEF-006564-01**

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