



GLOBAL HEALTH PLANS

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

BUPA MÉXICO

CÓMO USAR ESTE FORMULARIO

Para ayudarle a completar fácilmente este formulario, lo hemos dividido en secciones claramente enumeradas. Con el fin de evitar reescribir un mismo nombre, estos íconos **AT** **1** **2** **3** **4** representarán a la persona que usted describe en este formulario. Cuando usted vea **AT** necesita proporcionar la información del Asegurado Titular y/o Contratante, y los números del **1** al **4** se refieren a los dependientes que se incluirán en la póliza.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRAS MAYÚSCULAS, CON TINTA NEGRA Y LETRA CLARA.

Una vez completado, puede escanear y enviar su formulario a: mesadecontrol@bupalatinamerica.com; sin embargo, recuerde que el original firmado y su documentación de identificación deben ser recibidos en nuestras oficinas ubicadas en Montes Urales No. 745 PB, Col. Chapultepec, en la Ciudad de México, para que su póliza pueda ser emitida.

Por favor asegúrese de proporcionarnos la información completa y precisa en este formulario de solicitud para cada uno de los integrantes.

Todas las secciones deben ser completadas por el Asegurado Titular y/o Contratante Titular de la póliza.

Es importante que una vez complete este formulario y antes de firmarlo, lo lea y se asegure que la información esté correcta y completa. El proceso de evaluación y emisión podrá iniciarse sólo si la solicitud ha sido llenada completamente y no contiene tachaduras ni enmendaduras y su documentación ha sido recibida.

Esperamos poder darle la bienvenida como cliente de Bupa Global.

Bupa o Bupa Global se refiere a Bupa México, Compañía de Seguros S.A. de C.V.

PARA NUEVOS ASEGURADOS

Por favor complete todas las secciones del formulario.

Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 10.

El productor de seguros debe llenar y firmar la sección 11.

PARA ASEGURADOS ACTUALES

Existen cambios que usted puede realizar a su plan completando este formulario. Asegúrese de leer, firmar y escribir la fecha del Consentimiento en la sección 10.

Para cambiar sus datos de contacto:

Usted debe notificarnos de cualquier cambio en su información de contacto para que podamos asegurar que reciba correspondencia importante.

- Complete la sección 2, si corresponde.
- Complete la sección 8, si corresponde.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 10.

Para agregar un nuevo integrante a su plan:

- Complete la sección 4 a la 8.
- Complete las secciones 8 y 9, si corresponden.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 10.

Para cambiar de cobertura (sólo dentro de la gama Global Health Plans):

- Complete la sección 1 y de la 5 a la 7.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 10.

Para hacer cambios a su forma de pago:

- Complete las secciones 1 y 15.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 12.

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.

GLOBAL HEALTH PLANS

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

Esta solicitud debe ser completada por nuevos asegurados o asegurados existentes de Bupa Global.

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.

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-----------|--|--|--|----------|--|------|--|
| PÓLIZA NUEVA <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE ADICIONAL <input type="checkbox"/> CAMBIO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Fecha solicitada de cobertura | | | | | | DD/MM/AAAA | | | | | |
| 1 ASEGURADO TITULAR: DETALLES DE PÓLIZA EXISTENTE AT | | | | | | | | | | | |
| Número de póliza | | | | | | | | | | | |
| 2 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR 1 | | | | | | | | | | | |
| La cobertura iniciará en la fecha de vigencia que se especifique en la Carátula de su Póliza en caso de ser aprobada. | | | | | | | | | | | |
| Estado civil* | | Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> | | Peso | | Kg <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> | | Estatura | | Mts. | |
| Nombres | | | | | | | | | | | |
| Apellidos | | Apellido paterno / Apellido materno | | | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento | | DD/MM/AAAA | | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | | | | | |
| ¿Es usted residente de los EE.UU.? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| * Estado civil: por favor indique S para soltero(a), C para casado(a), D para divorciado(a) y V para viudo(a). | | | | | | | | | | | |
| 3 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. Mediante esta opción solicitamos que nos indique el medio por el cual requiere que se le haga entrega de sus condiciones generales: | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> A través de dispositivos de almacenamiento electrónicos u ópticos; adicionalmente están disponibles en el sitio de internet www.bupasalud.com | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> De forma impresa | | | | | | | | | | | |
| 4 DEPENDIENTES 1 | | | | | | | | | | | |
| Nombres | | | | Apellidos | | Apellido paterno / Apellido materno | | | | | |
| Relación con el asegurado titular | | | | | | | | | | | |
| Estado civil* | | Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> | | Peso | | Kg <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> | | Estatura | | Mts. | |
| Fecha de Nacimiento | | DD/MM/AAAA | | | | | | | | | |
| Domicilio (Sólo en caso de ser diferente al domicilio de asegurado titular) | | | | | | | | | | | |
| Calle, avenida o vía | | | | | | | | | | | |
| No. exterior | | | | | | No. interior | | | | | |
| Código Postal | | | | | | Colonia | | | | | |
| Alcaldía o Municipio | | | | | | Localidad o Estado | | | | | |
| * Estado civil: por favor indique S para soltero(a), C para casado(a), D para divorciado(a) y V para viudo(a). Indique en Ocupación si el dependiente es estudiante | | | | | | | | | | | |
| Si esta adición es de un recién nacido después de los 90 días de nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿El recién nacido nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |

4 DEPENDIENTES (CONTINUACIÓN)

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------|--|-----------|-------------------------------------|--|----------|--|------|
| Nombres | | | Apellidos | Apellido paterno / Apellido materno | | 2 | | |
| Relación con el asegurado titular | | | | | | | | |
| Estado civil* | | Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> | Peso | | Kg <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> | Estatura | | Mts. |
| Fecha de Nacimiento | DD/MM/AAAA | | | | | | | |

Domicilio (Sólo en caso de ser diferente al domicilio de asegurado titular)

| | | | |
|----------------------|--|--------------------|--|
| Calle, avenida o vía | | | |
| No. exterior | | No. interior | |
| Código Postal | | Colonia | |
| Alcaldía o Municipio | | Localidad o Estado | |

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a), **C** para casado(a), **D** para divorciado(a) y **V** para viudo(a).

Indique en Ocupación si el dependiente es estudiante

Si esta adición es de un recién nacido después de los 90 días de nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿El recién nacido nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada?

Sí ☐ No ☐

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------|--|-----------|-------------------------------------|--|----------|--|------|
| Nombres | | | Apellidos | Apellido paterno / Apellido materno | | 3 | | |
| Relación con el asegurado titular | | | | | | | | |
| Estado civil* | | Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> | Peso | | Kg <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> | Estatura | | Mts. |
| Fecha de Nacimiento | DD/MM/AAAA | | | | | | | |

Domicilio (Sólo en caso de ser diferente al domicilio de asegurado titular)

| | | | |
|----------------------|--|--------------------|--|
| Calle, avenida o vía | | | |
| No. exterior | | No. interior | |
| Código Postal | | Colonia | |
| Alcaldía o Municipio | | Localidad o Estado | |

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a), **C** para casado(a), **D** para divorciado(a) y **V** para viudo(a).

Indique en Ocupación si el dependiente es estudiante

Si esta adición es de un recién nacido después de los 90 días de nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿El recién nacido nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí ☐ No ☐

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------|--|-----------|-------------------------------------|--|----------|--|------|
| Nombres | | | Apellidos | Apellido paterno / Apellido materno | | 4 | | |
| Relación con el asegurado titular | | | | | | | | |
| Estado civil* | | Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> | Peso | | Kg <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> | Estatura | | Mts. |
| Fecha de Nacimiento | DD/MM/AAAA | | | | | | | |

Domicilio (Sólo en caso de ser diferente al domicilio de asegurado titular)

| | | | |
|----------------------|--|--------------------|--|
| Calle, avenida o vía | | | |
| No. exterior | | No. interior | |
| Código Postal | | Colonia | |
| Alcaldía o Municipio | | Localidad o Estado | |

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a), **C** para casado(a), **D** para divorciado(a) y **V** para viudo(a).

Indique en Ocupación si el dependiente es estudiante

Si esta adición es de un recién nacido después de los 90 días de nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿El recién nacido nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí ☐ No ☐

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. ☐

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

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 Global 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 plan.

| | | |
|----|---|---|
| 1 | Desórdenes de los ojos, oídos, nariz, garganta o padecimientos dentales, como: cataratas, glaucoma, retinopatía, deterioro visual, sordera, infecciones recurrentes del oído, amigdalitis, infecciones dentales, caries, problemas con las muelas del juicio o gingivitis, entre otros. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | |
| 2 | Desórdenes del corazón o del aparato circulatorio, como: hipertensión arterial, colesterol alto, angina de pecho, arritmia, evento vascular cerebral, aneurisma, venas varicosas o trombosis venosa, entre otras. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | |
| 3 | Desórdenes endocrinos (glandulares) o del metabolismo, como: diabetes (tipo 1 o tipo 2), problemas de tiroides, obesidad o síndrome de Cushing, entre otros. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | |
| 4 | Desórdenes respiratorios o pulmonares, como: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, bronquitis, tuberculosos o alergias (incluyendo fiebre del heno y anafilaxia), entre otros. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | |
| 5 | Desórdenes del esófago, estómago, intestinos, hígado, páncreas o bazo, como: enfermedad por reflujo, gastritis, esofagitis, esófago de Barrett, enfermedades de la vesícula, úlceras, colon irritable, colitis ulcerativa crónica, enfermedad diverticular, hemorroides, pancreatitis, hepatitis, cirrosis, cálculos biliares o hernias, entre otros. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | |
| 6 | Desórdenes renales o del sistema urinario, como: cálculos renales, insuficiencia renal, infecciones urinarias recurrentes, incontinencia, entre otros. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | |
| 7 | Desórdenes musculares o esqueléticos, como: artritis, lumbalgia, padecimientos de la columna vertebral, padecimientos del cuello/hombro, fracturas, esquiñes, osteoporosis, gota, padecimientos de las rodillas, del cartílago o ligamentos, entre otros. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | |
| 8 | Desórdenes de la sangre, trastornos infecciosos, trastornos inmunológicos, como: análisis de sangre anormales, anemia, hepatitis, VIH/SIDA, malaria, lupus eritematoso sistémico, púrpura trombocitopénica, talasemia, o cualquier trastorno autoinmune, entre otros. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | |
| 9 | Cáncer, tumores de cualquier tipo o condiciones precancerosas, como: pólipos, crecimientos, nódulos mamarios, quistes o lipomas, entre otros. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | |
| 10 | Desórdenes de la piel, como: eccema, dermatitis, erupciones cutáneas, psoriasis, acné, quistes, lunares o condiciones alérgicas, entre otros. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | |
| 11 | Desórdenes cerebrales o del sistema nervioso, como: demencia, migraña, dolores de cabeza frecuentes, parálisis, esclerosis múltiple, epilepsia/ crisis convulsivas, neuralgias (incluyendo dolor ciático y el herpes zóster) o meningitis, entre otros. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | |
| 12 | Desórdenes psiquiátricos o trastornos psicológicos, como: esquizofrenia, trastornos alimenticios, depresión, déficit de atención, ansiedad o dependencia a las drogas o al alcohol, entre otros. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | |
| 13 | Desórdenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | |
| 14 | Cirugía cosmética, como cirugía de aumento/reducción de mama o rinoplastia, entre otras. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | |

5

CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

AT

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|------------------------|---------------|---|
| 15 | ¿Está actualmente bajo tratamiento médico y/o rehabilitación? | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | | | | |
| 16 | ¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente? | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | | | | |
| 17 | ¿Alguna otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía/hospitalización pendiente no mencionada arriba? | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | | | | |
| 18 PREGUNTAS EXCLUSIVAS PARA MUJERES | | | | | |
| a | ¿Está embarazada? | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre de la(s) solicitante(s) | | | | |
| b | ¿Ha tenido complicaciones del embarazo? Pre-Eclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre de la(s) solicitante(s) | | | | |
| c | ¿Ha tenido algún embarazo ectópico? Fecha: | | DD/MM/AAAA | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre de la(s) solicitante(s) | | | | |
| d | ¿Ha tenido algún legrado? Fecha: | | DD/MM/AAAA | ¿De qué tipo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre de la(s) solicitante(s) | | | | |
| e | ¿Ha tenido algún aborto? Fecha: | | DD/MM/AAAA | Causa: | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre de la(s) solicitante(s) | | | | |
| f | ¿Ha tenido alguna cesárea? Fecha: | | DD/MM/AAAA | Causa: | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre de la(s) solicitante(s) | | | | |
| g | ¿Ha tenido algún tratamiento de fertilidad/infertilidad? Fecha: | | DD/MM/AAAA | Causa: | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre de la(s) solicitante(s) | | | | |
| h | ¿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, etc.? | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre de la(s) solicitante(s) | | | | |
| 19 PREGUNTA EXCLUSIVA PARA HOMBRES | | | | | |
| a | ¿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? | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Nombre del(los) solicitante(s) | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| Complete esta sección si ha respondido en forma afirmativa a cualquier pregunta médica del 1 al 19. Por favor incluya con la mayor precisión posible cualquier detalle, aunque no esté seguro(a) de su importancia. | | | | | |
| (a) Describa la enfermedad o problema médico, indicando la zona del cuerpo afectada (por ejemplo, la pierna derecha, el ojo izquierdo). | | | | | |
| (b) Describa el tipo de tratamiento (médico, quirúrgico, rehabilitación) y el resultado (en curso, completado en recuperación, recurrente, probable que se repita) | | | | | |
| (c) Para farmacoterapia, incluya nombre del medicamento, fecha de inicio, cantidad y frecuencia. | | | | | |
| Marque aquí si necesita más espacio y utilizó una hoja aparte. <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Nombre del solicitante | | | | | |
| No. de la pregunta | | Enfermedad o problema médico (a) | | | |
| Fecha primer síntoma | | DD/MM/AAAA | Inicio del tratamiento | DD/MM/AAAA | Fin del tratamiento |
| | | | | | DD/MM/AAAA |

INFORMACIÓN ADICIONAL (CONTINUACIÓN)

| | | | | | |
|------------------------|------------|----------------------------------|------------|---------------------|------------|
| Tratamiento (b) (c) | | | | | |
| Nombre del solicitante | | | | | |
| No. de la pregunta | | Enfermedad o problema médico (a) | | | |
| Fecha primer síntoma | DD/MM/AAAA | Inicio del tratamiento | DD/MM/AAAA | Fin del tratamiento | DD/MM/AAAA |
| Tratamiento (b) (c) | | | | | |
| Nombre del solicitante | | | | | |
| No. de la pregunta | | Enfermedad o problema médico (a) | | | |
| Fecha primer síntoma | DD/MM/AAAA | Inicio del tratamiento | DD/MM/AAAA | Fin del tratamiento | DD/MM/AAAA |
| Tratamiento (b) (c) | | | | | |
| Nombre del solicitante | | | | | |
| No. de la pregunta | | Enfermedad o problema médico (a) | | | |
| Fecha primer síntoma | DD/MM/AAAA | Inicio del tratamiento | DD/MM/AAAA | Fin del tratamiento | DD/MM/AAAA |
| Tratamiento (b) (c) | | | | | |

HISTORIAL MÉDICO

Exámenes médicos: ¿Ha tenido alguno de los solicitantes un examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos 5 años? Sí ☐ No ☐ Si respondió “Sí”, explique abajo.

| | | | | | |
|--------|--|----------------|--|-------|------------|
| Nombre | | Tipo de examen | | Fecha | DD/MM/AAAA |
|--------|--|----------------|--|-------|------------|

Resultado: Normal ☐ Anormal ☐ Si es anormal, favor explique

Hábitos: ¿El Solicitante y/o Dependiente(s) fuma cigarrillos o consume productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Sí ☐ No ☐ Si respondió “Sí”, explique abajo.

| | | | | | | | |
|--------|--|------|--|-------------------|--|--------------|--|
| Nombre | | Tipo | | Por cuánto tiempo | | Cantidad/día | |
|--------|--|------|--|-------------------|--|--------------|--|

Historial familiar: ¿Tiene el Solicitante y/o Dependiente(s) historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? Sí ☐ No ☐ Si respondió “Sí”, explique abajo.

| Solicitante | Familiar con el desorden | | | | Desorden |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| | Padre | Madre | Hermano | Hijo | |
| | <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"/> | |

6 MÉDICO TRATANTE

Si el Solicitante y/o cualquiera de sus Dependientes tienen un médico tratante, por favor incluya los datos.

| | | | |
|-------------------|--|------------------------|--|
| Nombre del médico | | Teléfono | |
| Especialidad | | Nombre del solicitante | |
| Nombre del médico | | Teléfono | |
| Especialidad | | Nombre del solicitante | |
| Nombre del médico | | Teléfono | |
| Especialidad | | Nombre del solicitante | |

7

ELIJA SU PLAN

AT

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

| 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 | | |
| <input type="checkbox"/> Otro Producto | Deducible | | | Coaseguro | | |

COBERTURAS ADICIONALES

Únicamente disponibles para productos Bupa Care:

☐ Complicaciones de maternidad ⁽¹⁾☐ Padecimientos congénitos

☐ Procedimientos de trasplante ⁽²⁾

Únicamente disponibles para Bupa One y Bupa One Plus:

☐ Complicaciones de maternidad ⁽¹⁾☐ 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

8

BENEFICIARIO

AT

En 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:

| | | | |
|-----------------------|------------|----------------------|-------------------------------------|
| Nombres | | Apellidos | Apellido paterno / Apellido materno |
| Fecha de Nacimiento | DD/MM/AAAA | | |
| Domicilio: | | | |
| Calle, avenida o vía | | | |
| No. exterior | | No. interior | |
| Código Postal | | Alcaldía o Municipio | |
| Alcaldía o Municipio | | Localidad o Estado | |
| Teléfono de domicilio | | Teléfono celular | |

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.

9

INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

AT

Si el Solicitante y/o Dependiente(s) cuentan actualmente con cobertura de gastos médicos mayores con otra compañía y mantendrán dicha cobertura, por favor marque aquí ☐ y complete la siguiente información:

| | | | |
|-----------------------|------------|---------------------|--|
| Nombre de la compañía | | Número de póliza | |
| Fecha de renovación | DD/MM/AAAA | Valor del deducible | |

AVISO DE PRIVACIDAD

Bupa México, Compañía de Seguros S.A. de C.V., ("Bupa") con domicilio en Montes Urales No. 745, 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11000, en la Ciudad de México, es responsable del uso, tratamiento y protección de los datos personales que le sean solicitados para la contratación, promoción, comercialización, desarrollo y colocación de los productos, servicios y asesoría que brinda la compañía, por lo que en cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (la "Ley") y su Reglamento, emite el presente Aviso de Privacidad.

Los datos personales recabados por Bupa serán tratados observando puntualmente los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad previstos en Ley, los cuales serán utilizados única y exclusivamente para los fines señalados en este Aviso.

Los datos personales que le solicitamos, incluyendo los financieros y sensibles que nos proporcione, se utilizarán para los siguientes fines ("finalidades primarias"):

1. Para la evaluación de su solicitud de seguro, cotización de la prima y selección de riesgos.
2. En caso de ser procedente, para la emisión y cumplimiento del contrato de seguro.
3. Trámite de sus solicitudes de pago de siniestros y reembolsos una vez celebrado el contrato de seguro.
4. Gestión de beneficios y coberturas contenidos en su contrato de seguro con proveedores médicos nacionales y extranjeros.
5. Colocación de riesgos en reaseguro, así como gestión de cobro con los reaseguradores.
6. Administración, mantenimiento, modificaciones y renovación de la póliza de seguro contratada.
7. Informar acerca de los cambios en las condiciones generales de los productos o servicios ofrecidos por Bupa, en lo general o en su caso particular.
8. Brindar información con respecto a los beneficios de su póliza, así como las asesorías que requiriera.
9. 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.
10. Atención de quejas, consultas y requerimientos de información.
11. Prevención de fraudes y delitos.

Del mismo modo, y con el objetivo de mejorar los productos y servicios ofrecidos por Bupa en referencia al diseño de nuevos productos, a la calidad de los presentes, y en general a la mejora continua de Bupa, se usarán sus datos para los siguientes fines ("finalidades secundarias"):

1. Promocionar nuevas gamas de productos y servicios, incluyendo beneficios, coberturas o estudios de mercado.
2. Alimentación de la base de datos estadísticos de la empresa.
3. Elaboración de perfiles estadísticos con base en sujetos con características o particularidades similares.
4. Análisis y calificación de los perfiles estadísticos, de acuerdo con la base de datos, sin que en ningún momento se revelen datos particulares de un sujeto en específico.
5. Medición de la confiabilidad de los perfiles estadísticos creados.

En este sentido, para lograr cumplir con las finalidades antes señaladas, resulta necesario obtener los siguientes datos personales: nombres, apellidos, fecha de Nacimiento, país de Nacimiento, nacionalidad, ocupación, profesión, actividad, domicilio, estado civil, sexo, peso, estatura, firma, RFC, CURP, teléfono, correo electrónico, número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada, estatus migratorio, firma autógrafa, integrantes de la familia y otros seguros contratados.

Adicionalmente, le serán solicitados los siguientes datos sensibles: Datos de tarjeta de crédito o tarjeta bancaria (número, vigencia, código de seguridad, dirección de facturación), y los siguientes datos relacionados con su historial familiar y médico: forma de Nacimiento de los integrantes de la familia o adopciones, antecedentes médicos, síntomas conocidos o sospechosos, enfermedades y padecimientos, alergias, cantidad de embarazos, información respecto a enfermedades de transmisión sexual o tratamientos de género, tratamientos realizados, cirugías realizadas, resultados de estudios o análisis de laboratorio, diagnósticos, médicos tratantes actuales y previos. Los datos sensibles que se recaben serán utilizados exclusivamente para la identificación y valoración del riesgo en la contratación, emisión de la póliza y sus endosos, cotización, oferta y diseño del producto de seguro que requiere, cobranza de la prima, así como para la gestión de beneficios y coberturas contenidos en su contrato de seguro con proveedores médicos nacionales y extranjeros.

Los datos personales serán recabados directamente del titular de los mismos, ya sea a través de medios impresos, telefónicos y electrónicos, o bien en las oficinas de Bupa. También como podrán recabarse directamente de agentes de seguros y aliados comerciales contratados para encontrar clientes que voluntariamente quieran contratar un seguro con la empresa, pero siempre a través del titular de los mismos y con su consentimiento expreso.

Los datos personales que nos proporcione se resguardarán bajo estrictas medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas, procurando con ello cuidar la integridad de dichos datos y evitar su daño, pérdida, alteración, destrucción o uso no autorizado.

Nuestra base de datos personales y datos personales sensibles recabados será manejada únicamente por personal autorizado para ello, el cual observa y cumple los principios de confidencialidad y protección contenidos en la Ley. Usted podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición (Derechos ARCO) sobre sus datos personales, así como la revocación en cualquier momento del consentimiento que otorgó para su tratamiento o solicitar que se limite su uso o divulgación, a través de los procedimientos que hemos implementado para ello. Para conocer y llevar a cabo dichos procedimientos, sus requisitos y plazos póngase en contacto por correo electrónico, por teléfono al (+52 55) 5202 1701 o directamente en nuestras oficinas ubicadas en calle Montes Urales No. 715, 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11000, en la Ciudad de México.

Adicionalmente le informamos que para ejercer los derechos ARCO a través del procedimiento antes mencionado, será necesario entregar por escrito una solicitud, que deberá contener:

1. Nombre del titular y domicilio u otro medio para comunicarle la respuesta a su solicitud;
2. Documentos que acrediten la identidad o, en su caso, la representación legal del titular;
3. Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos establecidos en la Ley, y
4. Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales.

Asimismo, le informamos que derivado de la naturaleza de los servicios y productos que ofrece como compañía de seguros, Bupa podrá transferir los datos personales y datos personales sensibles a compañías pertenecientes a este grupo empresarial y sus partes relacionadas, así como a los siguientes terceros:

1. Socios y aliados comerciales de Bupa a en la República Mexicana y a nivel internacional.
2. Terceros proveedores de servicios para el cumplimiento de

AVISO DE PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

obligaciones legales adquiridas por Bupa.

3. Agentes de seguros, ajustadores y demás personal relacionado con el contrato de seguro.

4. Las autoridades pertinentes para el cumplimiento de los fines señalados anteriormente o por disposición legal.

Derivado de lo anterior, consiente que sus datos personales y datos personales sensibles sean transferidos en los términos que señala el presente Aviso de Privacidad.

Sí ☐ No ☐

Los terceros y entidades receptoras de los datos personales asumen las mismas obligaciones y responsabilidades que Bupa respecto al tratamiento y utilización de su información.

Adicionalmente, consiente que sus datos personales y datos personales sensibles sean usados para las "finalidades secundarias" indicadas en el presente Aviso de Privacidad.

Sí ☐ No ☐

Con referencia a los datos personales recabados de la sección "INTEGRANTES ADICIONALES DE SU PÓLIZA", usted

manifiesta haber recabado su consentimiento y ser plenamente consciente de que, como titular de este seguro, es quien nos autoriza al uso de dicha información en los mismos alcances y funciones que su propia información personal.

Sí ☐ No ☐

En caso de existir algún cambio o modificación total o parcial al presente Aviso de Privacidad para cumplir nuevas legislaciones o reformas a las ya existentes, cambios de nuestras políticas internas o requerimientos para la prestación de nuestros servicios, Bupa pondrá a su disposición los mismos en la página de internet: www.bupasalud.com. Recomendamos visitar frecuentemente la página señalada para mantenerse informado. Para cualquier aclaración o duda por favor envíe un correo electrónico a: privacidad@bupalatinamerica.com.

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. DE C.V.

Última actualización 20 de junio de 2018

Una vez leído y entendido el presente Aviso de Privacidad, ACEPTO LOS TÉRMINOS Y ALCANCES DEL MISMO.

Nombre del titular de los datos personales recabados

Firma del Titular

Fecha

DD/MM/AAAA

CONSENTIMIENTO A SU MÉDICO PARA COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA

De común acuerdo entre el Asegurado y Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (de ahora en adelante "Bupa México"), 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 así lo estima necesario Bupa México, mismo que correrá a cargo de ésta. Además autorizo a los médicos que nos hayan examinado y a los hospitales o clínicas a lo que hayamos examinado y a los hospitales o clínicas a los que hayamos ingresado para dicho examen, a proporcionar a Bupa México todos los informes que se refieren a mi salud o a 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 Bupa México todos los informes que se refieran a mi/nuestro estado de salud, relevándoles de cualquier prohibición que pueda ser requerida al momento de presentar la solicitud, o en cualquier momento que Bupa México considere necesario. 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.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Hago constar 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.

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 Bupa México, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. 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.

Si el contrato se celebra por un representante o se propone

por cuenta de otro, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado, así como del tercero asegurado o su intermediario según corresponda.

Nos hemos enterado detenidamente de las cláusulas principales que contendrá la póliza que en su caso extienda Bupa México, otorgamos de una manera expresa nuestra con dichas cláusulas, y aceptamos las obligaciones que las mismas nos imponen como contratantes.

Estoy de acuerdo que cualquier cobertura que pueda adquirir en los Estados Unidos o en otro país, conllevará a la posible terminación de mi cobertura con Bupa México. Además, deberé informar a Bupa México si yo o cualquiera de mis dependientes bajo la póliza, nos hemos convertido en residentes permanentes de los Estados Unidos de América o cualquier otro país distinto a México.

He revisado y entiendo el contenido y propósito de este reconocimiento y autorizaciones. Con mi firma y respuestas afirmativas confirmo que la autorización sobre las decisiones descritas anteriormente reflejan fielmente mis deseos. Mi firma abajo constituye la aceptación de todas las declaraciones listadas arriba. Esta solicitud es válida por 90 días calendario a partir de la fecha en que ha sido firmada, Si cualquiera de los

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN (CONTINUACIÓN)

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.

Si usted desea recibir una copia de este formulario de solicitud, por favor solicítelo.

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.bupalatam.com.

DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS

Declaro bajo protesta de decir verdad que los valores entregados a Bupa México, Compañía de Seguros S.A. de C.V. ("Bupa") por concepto de pago de póliza(s) o los que resultaren de su aplicación, tienen origen lícito. Así mismo 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.

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR Y/O CONTRATANTE

Las firmas abajo constituyen la aceptación de todas las declaraciones, reconocimientos, autorizaciones, designaciones y en general términos y condiciones de la presente solicitud.

| | | | |
|---|--|-------|--|
| Nombre del Cliente | | | |
| Firma del Cliente | | Fecha | DD/MM/AAAA |
| Si usted tiene alguna inquietud o queja, puede comunicarse con el Departamento de Atención al cliente teléfono 55 5202 1701. También puede enviarnos un correo electrónico o escribirnos a la dirección: servicioalcliente@bupalatinamerica.com , o le podremos atender en nuestras oficinas ubicadas en: | | | Montes Urales No. 745, 1er piso Col. Lomas de Chapultepec C.P. 11000 Ciudad de México |

| | | | |
|------------------|--|----------------------------|--|
| Clave del agente | | Nombre (en letra de molde) | |
|------------------|--|----------------------------|--|

11 RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN (PARA SER LLENADO POR EL AGENTE)

Los agentes de seguros 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. En el ejercicio de sus actividades deberán apegarse a la información que proporcionen las instituciones para este efecto, así como a sus tarifas, pólizas, endosos, planes de seguros y demás circunstancias técnicas utilizadas por las instituciones de seguros en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Los agentes de seguros no podrán intervenir en la contratación de los seguros que determine el Reglamento respectivo, cuando su

intervención pueda implicar situaciones de coacción o falta a las prácticas profesionales generalmente aceptadas en el desarrollo de la actividad.

Los agentes de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas.

Como agente acepto completa responsabilidad por la presentación de esta solicitud, el envío de todas las primas cobradas por mi conducto, y la entrega de la póliza cuando sea emitida. Así mismo hago constar que he explicado al asegurado los alcances y condiciones generales de este seguro.

Desconozco de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que afecte la asegurabilidad de los propuestos asegurados.

| | | | |
|-------------------|------------|--------------------|--|
| Fecha | DD/MM/AAAA | Firma | |
| Clave de promotor | | Correo electrónico | |

12 DETALLES SOBRE SU PAGO

AT

MODALIDAD DE LA PÓLIZA: ANUAL ☐ SEMESTRAL ☐ TRIMESTRAL* ☐ MENSUAL* ☐

* Esta modalidad de pago aplica únicamente si usted elige cargo automático con tarjeta de crédito.

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

Esta página intencionalmente dejada en blanco.

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 1

- ☐ CHEQUE DE CAJA ☐ CHEQUE PERSONAL
☐ DEPÓSITO EN EFECTIVO EN SUCURSAL BANCARIA

El pago debe ser emitido a nombre de Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

NOTA IMPORTANTE: Bupa México Compañía de Seguros, S.A. de C.V. no recibe efectivo en sus oficinas. Los agentes de seguros e intermediarios no están autorizados para recibir pagos en efectivo y/o cheques personales a nombre del agente o al portador.

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 2

- ☐ TRANSFERENCIA BANCARIA

BANAMEX

SUCURSAL 197 C.F. Lomas
 CUENTA EN PESOS # 5951460
 CLABE:002180019759514604

BBVA

SUCURSAL 0956 C.F. Lomas
 CUENTA EN PESOS # 0156150349
 CLABE:012180001561503490
 CONVENIO CIE: 796255

El número de referencia bancaria será incluido en su recibo de pago.

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 3

- ☐ TARJETA DE CRÉDITO

Yo, 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, Master Card o American Express, efectúe el cobro de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones 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 con 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

TARJETA: ☐  ☐  ☐ 

| | | | |
|------------------------------|--|---------------------|---------|
| Número de tarjeta de crédito | | Fecha de expiración | MM/AAAA |
|------------------------------|--|---------------------|---------|

| | |
|---------------------|--------------------|
| Código de seguridad | Correo electrónico |
|---------------------|--------------------|

| | |
|-------------------------------|--|
| Dirección del tarjetahabiente | |
|-------------------------------|--|

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 previo conocimiento acerca del incremento a las tarifas que realice esa institución para evitar la cancelación de la póliza en referencia.

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 | DD/MM/AAAA |
|---------------------------|--|-------|------------|

INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO

Parentesco con el Asegurado Titular:

- | | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mismo | <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Padre/Madre |
| <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Sobrino | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Nieto |
| <input type="checkbox"/> Cuñado | <input type="checkbox"/> Representante legal | | |

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 del artículo 492 de la Ley de Instituciones Seguros y de Fianzas, solicitamos fotocopia por ambos lados de la identificación del titular de la tarjeta de crédito.

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 17 de julio de 2019 con el número CGEN-S0065-0055-2019 / CONDUSEF G-01102-001.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)

Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México
Tel. (55) 5202 1701 • 01 800 227 3339 • UEAP@bupalatinamerica.com

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 • servicioalcliente@bupalatinamerica.com • www.bupalatinalud.com